AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT KIEL

MAR 1921

Zwei Fälle von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Karl Mathwig

aus Runau, Provinz Posen.

Kiel 1919.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 77.

Rektoratsjahr 1919/20.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anschütz,**

z. Z. Dekan.

Wie die Erscheinungen der Lungenentzündung auf eine Erkrankung der Lunge schließen lassen, so kann man heute z. B. bei der progressiven Paralyse eine Erkrankung und Zerstörung von Großhirnteilen oder bei der Idiotie eine mangelhafte Anlage von Großhirnelementen diagnostizieren. Dagegen haben die Psychosen nach Infektionen und Intoxikationen, die schon seit Jahrhunderten bekannt und eifrig erforscht worden sind, noch keine pathologisch-anatomische Grundlage gefunden. Zwar beginnt die Mehrzahl aller psychischen Erkrankungen mit körperlichen Klagen, diese aber beruhen auf krankhaft veränderten Organempfindungen ohne objektiv ausreichende Grundlage. Wenn auch z. B. beim Delirium acutum ziemlich regelmäßig Veränderungen im Gehirn und in den Meningen nachgewiesen sind, so sind doch speziell bei den Verwirrtheitszuständen, welche neben den Delirien am häufigsten bei akuten infektiösen und toxischen Psychosen auftreten, die vorhandenen pathologisch-anatomischen Befunde nicht ausreichend, um eine vollständige Erklärung für die klinischen Symptome zu geben.

Man muß sich daher noch begnügen, die Differenzierung der Psychosen zu treffen nach der Ätiologie, sowohl endogener als auch exogener Natur, und nach bestimmten Symptomkomplexen.

Am ehesten werden bei Infektionskrankheiten von Psychosen betroffen jüngere Menschen, hauptsächlich zwischen dem 20.—40. Lebensjahre. Der Erblichkeit kommt keine wesentliche Bedeutung zu, wenngleich auch oft nervöse Ver-

anlagung oder angeborene geistige Schwäche vorhanden ist. Nach Siemerling entstehen 1,6—2% aller Geistesstörungen nach akuten Infektionskrankheiten. Wir kennen heute den großen Einfluß, den Infektionen und Intoxikationen auf die Psyche des Menschen auszuüben vermögen — man braucht nur an Syphilis und Alkohol zu denken —, und es ist fast die Annahme berechtigt, daß es keine Infektion oder Intoxikation gäbe, welche nicht auch psychische Störungen hervorzurufen vermag. Einleuchtend beweist die Schädigung des Giftes auf das psychische Verhalten der von Kläsi und Roth veröffentlichte Fall: 10 Minuten nach Genuß von einem ätherischen Öle (Safrol) setzten bei einer Person Vergiftungserscheinungen ein, die solange dauerten, als die Ausatmungsluft Safrolgeruch hatte; sie waren folgender Art: Schwindel, Störungen der Orientiertheit, später ein delirantes Verhalten mit Halluzinationen, auch Symptome der Schizophrenie, Verbigeration, somatische Wahnideen; am peripheren Nervensystem bestanden nur sensible Störungen neuritischen Ursprungs. Von anderer Seite wird über einen Fall von Angina mit akuter halluzinatorischer Verwirrtheit berichtet, welche die nachfolgende Polyarthritis auf ihren Höhepunkt begleitete und im stadium decrementi allmählich abgeklungen ist, aber erst im vorgeschrittenen Rekonvaleszenzstadium ganz verschwand. Einzelne Infektionskrankheiten führen häufiger zu psychischen Störungen als andere, jedoch gibt es keine Psychosen, die für bestimmte Infektionserreger charakteristisch wären. Es wird auch nicht jede Art von Psychosen durch eine Infektionskrankheit verursacht, wenn auch gelegentlich Infektionen Psychosen vorausgegangen sind; denn es besteht jedesmal die Möglichkeit, daß eine endogene Psychose mit einer exogenen Infektionskrankheit rein zufällig zusammentrifft, ohne daß beide Krankheiten in irgendwelcher ursächlichen Beziehung zueinander ständen. Während dieses Krieges wurden in einem österreichischen Lazarett unter 750 typhuskranken Soldaten 24 Fälle von Psychosen beobachtet, gemeint sind die nach Abklingen des Fiebers auftretenden psychischen Störungen.

Raecke und andere Autoren machen auch die körperliche und geistige Erschöpfung für das Zustandekommen von Psychosen verantwortlich. Nach ihrer übereinstimmenden Ansicht sind aber die Erschöpfungspsychosen als den infektiösen und toxischen Psychosen koordinierte Erscheinungen zu betrachten. Die seelische Erschöpfung tritt ein bei andauernden Gemütsbewegungen, Sorge, Kummer usw., die zu Schlaflosigkeit und Appetitmangel führen. Im jetzt beendeten Kriege dürften mehrere Psychosen auf derartiger Basis entstanden sein, indem durch körperliche Strapazen, Angst, Schreck, die Widerstandsfähigkeit gegen die krankmachenden Schädlichkeiten herabgesetzt wurde. Weygandt konnte experimentell durch Hunger und Schlafentziehung Erschöpfungszustände hervorrufen, die sich äußerten in Niedergeschlagenheit, Gedächtnisschwäche, Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, abnormer Reizbarkeit. Die pathologisch-anatomischen Vorgänge, welche diese Erschöpfungspsychosen bedingen, kann man sich entweder so vorstellen, daß in den funktionell überanstrengten Nervenzentren der Verbrauch größer ist als der Ersatz, die eigentliche Ursache also im Nahrungsmangel liegt, oder so, daß durch gesteigerte Bildung und Anhäufung der Stoffwechselprodukte lokal im Zentralnervensystem oder fortgeleitet in der Blutbahn eine Selbstvergiftung entsteht, so daß die Psychosen mit den Intoxikationspsychosen identisch wären.

Die größte Bedeutung aber in der Ätiologie der Psychosen hatten noch im vorigen Jahrhundert körperliche Erkrankungen, Herz- und Darmkrankheiten, meist jedoch Krankheiten des weiblichen Geschlechtsapparates. Sogar heutzutage sprechen einzelne Frauenärzte bei gewissen psychischen Störungen dem gynäkologischen Eingriff eine große Bedeutung zu. Allgemein jedoch finden diese Anschauungen keine Geltung.

Ohne daß exogene Vergiftungen vorausgegangen sind, kommen manchmal meist akut einsetzende Psychosen zur Beobachtung, welche auf Selbstvergiftung zurückgeführt werden, ähnlich wie die urämischen Erscheinungen, und als **Autointoxikationspsychosen** bekannt sind. Sie werden durch Störungen verschiedener Organfunktionen veranlaßt, durch

Veränderungen der Lebersekretion und der innersekretorischen Drüsen, meist jedoch durch Magen- und Darmstörungen. Mit der Frage der vom Gastrointestinaltraktus ausgehenden Autointoxikationspsychosen haben sich eingehend befaßt: vor allem von Wagner, ferner von Sölder, Siemerling u. a., von französischen Forschern Regis, Klippel, Léglas. Zwischen den Anschauungen der deutschen und französischen Autoren besteht jedoch ein wesentlicher Unterschied darin, daß die Franzosen an einen spezifischen Charakter der Psychosen glauben, je nach dem Organ, von dem die Psychose ausgehen soll, d. h. sie sprechen von einer Folie hépatique, von Psichose épatiche; die deutschen Forscher dagegen lehnen wohl fast einheitlich den spezifischen Charakter ab und erklären diese Autointoxikationspsychosen mit den durch Bakteriengifte hervorgerufenen Psychosen für identisch. Die häufige Verbindung von gastrointestinalen Störungen mit psychotischen Erkrankungen hat früher über die Häufigkeit ursächlicher Beziehung zwischen diesen beiden Krankheiten zu mehr oder minder bewiesenen Behauptungen geführt. Diesen Lehren ist mit teilweisem Erfolg entgegengetreten Griesinger in seiner Abhandlung über die Kopropsychiatrie. Auf Grund von vielen Veröffentlichungen steht heute als unzweifelhaft fest, daß bei vielen Psychosen von der Art depressiven oder Verwirrtheitszustandes Magen-Darmstörungen und Darmträgheit gleichzeitig vorhanden sind. Darüber wird jedoch noch gestritten, ob und in welchem Umfange eine ursächliche Verbindung zwischen intestinalen Störungen und Depressionszuständen besteht. Während man auf einer Seite die gastrischen Symptome und die Depressionssymptome samt den verwandten Psychosen für nebeneinander zugleich bestehende Symptomkomplexe hält und ihre kausale Unabhängigkeit hervorhebt, ist auf der anderen Seite die Meinung verbreitet, daß neben der Autointoxikation die endogene Prädisposition eine bedeutsame Rolle spielt. Pawlow und Cannon wollen durch Versuche bewiesen haben, daß depressive Affekte als die primären Faktoren die Magen- und Darmfunktionen hemmen. Einige bezeichnen wohl mit Recht die gastrischen Störungen als Ursache und den Depressions-

komplex als eine Folgeerscheinung derselben. Der Wiener Kliniker v. Wagner, der über derartige toxische Psychosen viel gearbeitet hat, sagt: „Die Diagnose einer intestinalen Autointoxikationspsychose kann sich lediglich auf Indizienbeweise stützen". Er und von Sölder haben Fälle von Amentia geschildert, wobei unter besonderen Verhältnissen eine länger dauernde Obstipation zu einer toxischen Psychose geführt hat. Übrigens sind in den letzten Jahrzehnten häufiger Psychosen vom Amentiatypus als Folgeerscheinung von Magen-Darmstörungen beschrieben worden. Townsend hat bei verschiedenen Fällen von Obstipation, belegter Zunge, Kopfschmerz, Nahrungsverweigerung mit gleichzeitig bestehender Geisteskrankheit die Indikanausscheidung kontrolliert und ist zu folgender Erkenntnis gekommen: Bei depressiven Erkrankungen ist die Indikanausscheidung stark vermehrt, und die Kranken haben die klinischen Zeichen der Toxämie. Binswanger hat beim manisch-depressiven Irresein Stoffwechselschwankungen beobachtet, deren ursächlicher Zusammenhang mit der Psychose bei ihrer Bekämpfung durch den therapeutischen Erfolg wahrscheinlich gemacht wurde. Jetzt dürfen wir nicht etwa in den Fehler verfallen, jede ausbrechende Psychose als Folge einer Toxämie hinzustellen, also einer Autointoxikation.

So kommen wir also zu dem Ergebnis, daß die Ätiologie der Autointoxikationspsychosen zwar noch hypothetisch ist, aber auf Grund von zahlreichen Erfahrungstatsachen können wir bei sorgfältiger Sortierung für einen Teil von Psychosen eine Autointoxikation von seiten des Intestinaltraktus, der Leber, der innersekretorischen Drüsen und der Niere mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen.

Außer Infektionen und Intoxikationen spielt noch ein recht häufiges Moment für das Vorkommen von Psychosen eine Rolle, nämlich die physiologischen Geschlechtsvorgänge beim Weibe: Menstruation, Gravidität, Puerperium, Laktation, Klimakterium. Aus dieser Ätiologie erklärt sich auch das überwiegende Auftreten der Amentia beim weiblichen Geschlecht. Schon zahlreichen Forschern des Altertums ist es aufgefallen, daß bei vielen Frauen zur Zeit der Menstruation

sich psychische Anomalien bemerkbar machten, die mit dem Schwinden der Menstruation dem normalen Zustande wieder Platz machten. Ein älterer Schriftsteller, Krafft-Ebing, dessen Name im Zusammenhang mit Menstruationspsychosen oft genannt wird, stellt dieselben dar als einen Zustand abnormer Erregbarkeit des Zentralnervensystems, als eine Art von Reflexneurose. Von anderer Seite sind zahlreiche Fälle von Manie, Tobsucht und der epileptischen Verwirrtheit ähnliche beschrieben worden, welche im Anschluß an die Menstruation entstanden und nach Aufhören derselben unter sehr rascher Entwicklung abgeklungen sein sollen mit Zurücklassung einer weitgehenden Amnesie. Über einen sehr lehrreichen Fall hat Siemerling berichtet: Ein 22jähriges Mädchen wird wegen Diebstahls zu 8 Tagen Gefängnis verurteilt, jedoch vor Antritt seiner Strafe kommt es in die Tübinger Klinik zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand; hier werden im Zusammenhang mit dem Unwohlsein 2 Anfälle von je 3 Tagen Dauer folgender Art beobachtet: Die Kranke bekommt Kopfschmerzen, Schwindel, das Gesicht rötet sich lebhaft, sie wird ängstlich und scheu, schläft wenig, verläßt nachts das Bett, glaubt rufen zu hören. Nach den bei der Einlieferung gemachten Angaben soll Pat. vorher zur Zeit der Periode die Sucht gehabt haben, alles Mögliche zusammenzutragen. Auf Grund dieser Beobachtungen wurde nun die Kranke vom Diebstahl freigesprochen. Siemerling betont bei dieser Gelegenheit, daß der kritische Augenblick für den Ausbruch der psychischen Störung nicht das Eintreten der Blutung sein kann, sondern die Vorbereitungszeit, d. h. 10 bis 12 Tage oder noch länger vorher; bezüglich der Frage nach der Ätiologie der Menstruationspsychosen sei vor allem eine toxische Genese in Erwägung zu ziehen.

Viel häufiger als bei Menstruationen sieht man Psychosen bei den einzelnen Generationsvorgängen des Weibes.

Jetzt mag eine kurze Darstellung der Symptomatologie der Amentia folgen.

Die Krankheitsbilder sind verschieden, je nach den toxischen Einflüssen, durch die sie bedingt sind. Gewöhnlich

beginnt die Krankheit mit einem Vorstadium nervöser Beschwerden: Schlaflosigkeit, Kopfweh, Sausen in den Ohren, Reizbarkeit, häufiger Stimmungswechsel; seltener ist der Beginn plötzlich mit krampfartigen Zuständen. Der eigentliche Ausbruch der Amentia erfolgt immer plötzlich, und es entwickeln sich meist schwere Verwirrtheitszustände mit Unorientiertheit, Inkohärenz und Ratlosigkeit. Die Kranken sind über ihre Person oft einigermaßen orientiert, sie sagen ihren Namen, ihr Alter, weil es sich hierbei um frühzeitig angelernte und daher fest haftende Vorstellungen handelt. Jedoch die Orientierung über die nächste Umgebung, über Ursache und Zeitdauer ihres Aufenthalts, über das Verhältnis ihrer Gesamtpersönlichkeit zum Mann und zu den Kindern fehlt bei diesen Kranken meist vollständig. Sie sind nicht imstande, dem Inhalt nach zusammengehörende Vorstellungen und Gedanken aneinanderzureihen; diese Unterbrechung der normalen Vorstellungstätigkeit äußert sich in Reden und Handeln der Kranken. Ihre Sätze sind ohne Rücksicht auf den Inhalt zusammengestellt, ihre Antworten entsprechen, abgesehen von der Richtigkeit, inhaltlich nicht den gestellten Fragen. Manchmal besteht die Neigung zur Wiederholung von Redensarten. Ferner fallen auf Wahnvorstellungen, Gehörs- und Gesichtstäuschungen, Verlust der Erinnerung, ein beständiger Wechsel der Affekte; öfter sind Erregungszustände vorherrschend als stupuröse. Diese Stimmungen sind bedingt durch den Inhalt von verkehrten Vorstellungen, der Stupor ist keine primäre Hemmung.

Eine sehr häufige Begleiterscheinung bei Frauen ist Unregelmäßigkeit und Aufhören der Menses; die Periode sistiert vor oder mit dem Beginn der Krankheit.

In diesem Zusammenhange sei es gestattet, 2 Krankengeschichten über Amentia zu schildern:

I.

Landmannsfrau F. K. aus Hochdonn bei Burg (Dithmarschen), 25 Jahre alt. Gebracht vom Schwiegervater und Schwager am 13. IV. 19.

Vater tot, soll wegen Nervenkrankheit 2 oder 3 mal im Krankenhause in Kiel gelegen haben. Mutter ist kränklich, liegt immer zu Bett. 4 gesunde Geschwister. Sonst keine Nervenkrankheiten in der Familie. Patientin sei als Kind gesund gewesen, habe gut lernen können, aber alles schnell vergessen; aus der 1. Klasse konfirmiert, dann in Stellung, die sie öfters gewechselt habe. Sei immer schwach und bleichsüchtig gewesen, stets gegen Aufregungen sehr empfindlich. Unwohlsein im 16. Lebensjahr, sehr unregelmäßig, oft alle 14 Tage, sehr stark, fühlte sich matt. Seit Februar 1915 verheiratet, hat 2 Kinder, das jüngste die engl. Krankheit.

Patientin erkrankte vor 14 Tagen an schwerer Mandelentzündung mit Abszeß, hohem Fieber, delirierte zeitweise, dann kam Nierenentzündung dazu; sei jetzt 14 Tage unwohl gewesen, das sei erst wenige Tage vorüber. Sie wurde unruhig, wollte sich das Leben nehmen, 2 mal versuchte sie, mit Strick und Halstuch sich zu erhängen. War traurig, weinte viel, machte sich Sorgen um ihren Mann, der in französischer Gefangenschaft lebt. Sagte, sie sänge am liebsten den ganzen Tag, damit die Gedanken weggingen, arbeitete nicht mehr im Hause, sprach viel durcheinander. Hat Streit mit dem Schwager gehabt, der ihr das mütterliche Erbteil abspenstig machen wollte. Hat jetzt auch „Krämpfe“ gehabt; wurde ganz steif, verdrehte die Augen; wenn man sie nicht hielt, fiel sie hin; war bei Bewußtsein, verstand, was man mit ihr sprach, konnte aber nicht antworten. Dauer 3—4 Minuten, mitunter mehrere Anfälle hintereinander, oft auch $^1/_2$ Tag lang keinen Anfall. Die Krämpfe habe Patientin früher nie gehabt, erst jetzt seit dieser Krankheit. Schlief sehr wenig, Appetit erst schlecht, jetzt besser

Befund: Patientin ist im Bett zunächst ruhig, wird dann laut; sagt, sie sei verrückt; dann wieder: ihr fehle nichts. Bekommt einen Anfall, bei dem sie in gekreuzigter Stellung im Bett liegt, die Muskulatur anspannt; keine Zuckungen, kein Schaum vor dem Munde, kein Zungenbiß, kein Einnässen. Pupillen reagieren. Dauer des Anfalls 2 bis 3 Minuten, danach Bewußtsein sofort wieder klar. Im Untersuchungszimmer beginnt Patientin spontan zu erzählen, sie

sei krank, es sitze auf der Brust, könne nicht heraus. Sie müsse Ruhe und Arbeit haben, um wieder gesund zu werden; sie seien zu Hause alle krank gewesen; sie habe ihren Bruder in einem belg. Lazarett gepflegt, daher sei sie krank geworden. Gibt auf Befragen an, daß sie in Kiel sei: „Ich nehme ja in einem Lazarett.“ (Welcher Tag?) „Ne, Montag? Mein Schwiegervater hat es ja gesagt gestern. (Datum?) Davon weiß ich nichts.“ Sie weiß, wer sie gebracht hat, erkennt den Arzt wieder. (Warum hierher gekommen?) Schüttelt den Kopf; sie habe hierher gewollt, weil man ihr „dort“ ja doch nicht mehr habe helfen können, die Aufregung habe sie kaputt gemacht. Sie könne lesen, aber nicht schreiben, habe die Gedanken nicht zusammennehmen können, um ihrem Manne einen Brief zu schreiben. Das sei schon länger her, aber erst kürzlich sei es viel schlimmer geworden, seit der Halskrankheit. A. B. gibt sie dann nach längerem Besinnen an, das sei vor 14 Tagen gewesen. Erzählt nun in durchaus geordneter Weise, sie sei die ganze Kriegszeit allein gewesen, habe 2 Kinder im Kriege bekommen, der Mann sei im Felde gewesen, habe sich sehr um sie gesorgt; sie habe immer bei der Mutter gewohnt, das sei nicht gut, die Mutter sei gleichgültig, rechthaberisch. Der Mann sei im Oktober 1918 in Gefangenschaft geraten, das alles habe ihr sehr zugesetzt. Im Mai 1915 sei sie 12 Tage in Charleroi am Totenbett eines Bruders gewesen; die Reise, der Aufenthalt habe sie sehr aufgeregt, sie sei auf dem Lande groß geworden, sei nie auf der Eisenbahn gefahren, darum habe sie gestern das Gefühl gehabt, sie sei wieder auf der Reise nach Belgien. Dann habe eine Frau im Dorf behauptet, das 2. Kind sei nicht von ihrem Manne; das sei nicht wahr, aber sie habe sich sehr damit geplagt, auch dem Manne davon geschrieben. Die Schwiegermutter sei sehr nervös, aber sonst immer gut zu ihr. Ihre Mutter habe eine Wirtschaft, die habe zunächst der gefallene Bruder haben sollen; dann wurde sie ihr und ihrem Manne versprochen, jetzt aber mache der Mann einer Schwester Ansprüche auf die Wirtschaft. Auch diese Sachen haben sie sehr erregt. Die ganzen Angaben machen einen durchaus glaubwürdigen Eindruck. Sie

gibt Selbstmordversuche zu, könne aber nicht sagen, warum sie es getan habe; die Gedanken seien damals ganz fort gewesen, das sei gleich nach der Mandelentzündung gewesen. Sie habe schon als junges Mädchen Anfälle gehabt, sei nie stark auf den Nerven gewesen. Nachts nie Anfälle, sie treten meist nach Aufregung auf; sie habe immer Angst, könne nicht sagen, vor was, sei sehr schreckhaft. Auch der 1. Sohn habe Krämpfe. Während der Mandelentzündung habe sie hoch gefiebert, habe phantasiert, wisse, daß sie ihre Mutter und den Arzt ausgeschimpft habe, auch habe sie Männer und Frauen mit Hüten auf vorbeilaufen sehen, auch Tiere, Hunde gesehen, Puppen tanzten herum; auch habe sie die Szenen in Belgien vor Augen gesehen, auch gesprochen haben die Leute mit ihr, die sie sah. Solche Dinge habe sie in der vorletzten Nacht noch gesehen. Wenn es still und ruhig um sie war, dann sei es besser gewesen. Habe in den letzten 14 Tagen nicht mehr schreiben können, habe in 2 Tagen keinen Brief an den Mann zustande gebracht. Habe sehr schlecht geschlafen.

Körperlich: Grazil gebaute, leidlich genährte, blasse Frau; Schädel nicht klopfempfindlich.

Größe: 160 cm.

Gewicht: 55 kg.

Temperatur: 37,6°.

Tonsillen: Groß, zerklüftet, ohne Belag.

Reflexe: o. B.

Sensibilität: o. B.

Urin: Leichte Eiweißtrübung, kein Zucker, schwach sauer.

Verlauf: 15. IV. Momentan befindet sich Patientin in raisonablem Zustand, gibt mit erregter Stimme Antworten, die inkohärent sind bei vollkommen erhaltener Satzbildung. Gibt an, sie sei noch verrückt, habe die ganze Nacht phantasiert; nachher antwortet sie wieder in adäquater Weise.

16. IV. Temperatur normal. Hypomanisch lebhaft, aber heute zugänglich und liebenswürdig, euphorisch, besonnen und regsam. Keine Visionen mehr, Einsicht für Krankhaftigkeit früherer Visionen: „Es waren mehr Krämpfe; Suizidversuche im Wahn geschehen“. Diesen Winter habe

ihre Aufgeregtheit zugenommen infolge zuviel Arbeit, Sorgen und Krankheit der Mutter und Schwester; Streitigkeiten mit Geschwistern.

Binet-Bild, 15 Sek. exponiert. 2 Jungs und 1 Mann, der eine hat 'ne Tafel. Da war auch sonst noch allerlei drauf.

(Was wird dargestellt?) Das kann ich nicht sagen.

(Was wird gemacht?) Die Jungens prügeln sich. (Fenster?) Wie sonst Fenster aussehen.

(Was hat Mann an?) Weißen Rock.

(Auf dem Kopf?) Nichts.

Haifisch-Geschichte.

„Vom indischen, vom indischen, das ist es ja gerade, das kann ich nicht behalten. Vom indischen, vom Ozean habe ich was behalten, sonst nichts."

Geschichte vom Sternseher.

Während die Geschichte vorgelesen wird, fängt Patientin an zu weinen, gibt keine Antwort mehr. Nickt mit dem Kopf, als man sie fragt, ob sie wisse, was man ihr erzählt habe; könne es nicht wiederholen, da würde ihr das Herz so weich.

Heilbronner Bilder.

Kirche I +. Lampe I +. Fisch I +. Kanone II +, fängt wieder zu schluchzen an.

Binet-Bild, blinde Kuh.

(2 Frauen, 2 Kinder und 1 Mann, die machen?) Der eine hat ein Tuch um den Kopf. Auf dem Tisch fällt alles um. Eine Frau hat grüne Jacke an. (Moderne Tracht?) So wie bei uns auf dem Lande.

Kopf, dem der Mund fehlt, wird erkannt.

Kopf ohne Nase, wird nicht herausgefunden.

Kopf ohne Auge +.

Hübsch und häßlich: Unterschieden, kann aber nicht sagen, warum.

Das Ausfüllen eines Ebbinghaus-Schema wird ihr sehr schwer, muß sehr lange überlegen, erklärt mehrfach, das nicht zu können.

17. IV. Vollkommen ruhig.

Urin heute frei von Eiweiß, sauer.

18. IV. Temperatur 38,5° und 38,1°.

19. IV. Temperatur 37,8° und 37,4°. Rückverlegung in den Wachsaal, da sie wieder „konfuser“ wird, allerdings dabei lebhafte Aufmerksamkeit zeigt. Sie ist ablenkbar und ideenflüchtig. Schreibt einen Brief mit der Überschrift: „Bucholz, den . . .“ Bucholz ist ihr Schwiegervater.

20. IV. Urin: Starke Eiweißtrübung, im Sediment oxalsaurer Kalk.

22. IV. Explosive Erregungen mit Schreien, Schimpfen; keine groben Orientierungsstörungen.

Urin: Noch leichte Trübung, mikroskopisch Epithelien.

23. IV. Temperatur 37,5° und 37,9°.

24. IV. Ist ruhiger, zugänglicher, äußert noch viele Beziehungsideen, man schimpfe sie aus, die anderen nennten sie Hure, man enthalte ihr die Briefe des Mannes vor, gebe ihr nichts zu essen, auch nicht mal das Brot, das sie mitgebracht habe. Zeitweise ist sie ganz katatonisch mit Haltungsstereotypien.

26. IV. Ist ruhiger, klarer, halluziniert viel weniger, schläft ruhig. Gibt Beeinträchtigungsideen nicht zu, doch geht aus einem Briefe an die Angehörigen hervor, daß sie noch bestehen.

28. IV. Temperatur 37,8° und 38,2°.

Patientin ist ruhig und geordnet, gibt klare Antworten.

30. IV. Temperatur 36,5° und 36,6°.

1. V. Patientin ist im allgemeinen ruhig, wünscht dauernd, nach Hause zu kommen. Hier könne sie nicht gesund werden, dazu sei es zu laut, die anderen sprächen zuviel und zu laut. Weint leicht, ist sonst klar und orientiert. Im Urin noch immer leichte Eiweißtrübung.

8. V. Orientierung und Besonnenheit vollkommen vorhanden. Stimmung zeitweilig stark depressiv, heute freier, ohne Hemmung. Halluzinationen vorübergehend vorhanden. Wahnideen: Komplex von Berührungs- und Beeinträchtigungsideen momentan stark prominent. Es wird plötzlich gesagt: „Hexe“, aber sie weiß nicht, wer es gesagt hat. „Es läuft

alles darum". Die Leute haben ihretwegen immer die Köpfe zusammen; der eine sagt dies, der andere das, und alles bezieht sich auf sie. Sie sagen auch, sie wollten ihr was antun. „Das kann ich auch selbst tun", fängt an, bitterlich zu weinen. Erklärungs-Wahnideen scheinen nicht zu bestehen.

13. V. Patientin gibt an, sie könne das Licht hier nicht vertragen, das sei sie nicht gewöhnt. Zu Hause scheine die Sonne wohl am Tage, aber nicht am Abend, und nicht bald von der Seite, bald von der Seite. Auf Vorhalt, daß die Sonne ja am Morgen auch wo anders stände, als am Abend, sagt sie: „Das Licht ist auch nicht die Sonne, das ist eine Spiegelei". (Wer macht denn das?) Die Schwestern hier. (Warum?) Das soll gesund machen. Ich wollte gern nach Haus, was soll ich hier, das nützt doch alles nichts". Ob sie Beeinflussungen bemerkt, bejaht sie, es stellt sich aber heraus, daß sie die Stimmen meint, die sie dauernd hört. Hört dauernd, daß sie Hexe geschimpft würde.

Urin: Ganz geringe Eiweißtrübung, mikroskopisch massenhaft Epithelien der oberen Harnwege, einige granulierte Zylinder, einige Erythrozyten und Leukozyten.

14. V. Sehr empfindlich gegen Geräusche im Saal, namentlich gegen Leidensäußerungen.

Körpergewicht: 50 kg.

20. V. In den letzten Tagen wesentlich gebessert, wird im Garten in den Liegestuhl gelegt, was die Stimmung wesentlich bessert. Gibt an, keine Stimmen mehr zu hören. Im Urin noch Spuren Alb., vereinzelt granulierte Zylinder.

27. V. Weiter gutes Befinden. Zeigt Krankheitseinsicht, meint, das Schimpfen, was sie immer gehört habe, sei wohl mehr „krankhafte Einbildung" gewesen. Jetzt höre sie gar nichts mehr, fühle sich sehr wohl.

Im Urin keine Eiweißtrübung mehr.

Sediment o. B.

2. VI. Körpergewicht 53,3 kg.

Temperatur normal. Urin vollkommen frei von Alb. Patientin hat Lust zu arbeiten, sie fühle sich jetzt ganz wohl, doch rege sie sich noch leicht auf. Als junges Mädchen habe sie viel an Schwindel gelitten und habe öfter Krämpfe;

Näheres über diese Anfälle weiß sie nicht, ob Zuckungen da wären. Eingenäßt habe sie nie, auch keinen Zungenbiß gehabt. Während der Halsentzündung sei sie sehr nervös, sehr empfindlich gewesen; am Abend habe sie immer alles Unmögliche gesehen und gehört. Sie hörte, daß Männer kamen mit schwarzen Hüten, die sie zum Friedhof tragen wollten; sie habe immer Angstgefühl dabei gehabt. Stimmen habe sie damals nicht gehört. Diese habe sie später erst gehört, sie seien hier im Saal gewesen, waren ihr ganz fremd. Sie schimpften immer; damals habe sie das alles für Wirklichkeit gehalten. Jetzt glaube sie aber, sie habe „das immer wohl geträumt oder so". Seit 8 Tagen habe sie gar nichts mehr gehört, auch nichts mehr gesehen. Schlafen könne sie auch gut. Wird vom Onkel nach Hause geholt.

Diagnose: Akute Halluzinose und halluzinatorische Verwirrtheit mit manisch-depressiven Zügen (exogene Reaktion nach Angina). Neuropathische Grundlage.

II.

13 jähriges Mädchen, E. K., aus Oldenburg (Holst.).
Aufgenommen am 10. VII. 1919.
Angaben der Mutter, die Patientin gebracht hat:
Heredität: o. B.

Patientin war immer etwas blutarm, jedoch nicht in ärztlicher Behandlung, sonst stets gesund. Zeitweilig Bettnässen, auch jetzt noch, besonders nach Erkältungen. Keine Anfälle. Auf der Schule gut gelernt, immer sehr willig, fleißig, Ende April d. Js. erstes Unwohlsein. Seitdem habe Patientin viel über Kopfschmerzen geklagt, sei nicht mehr so vergnügt gewesen, war mehr für sich; Unwohlsein sei dann nicht mehr eingetreten. Seit ungefähr 14 Tagen seien die Kopfschmerzen stärker geworden, seit 8 Tagen habe Patientin sehr elend ausgesehen, habe nichts mehr gearbeitet, fing an, wirres Zeug zu reden, war sehr aufgeregt, habe über Schmerzen im Leib geklagt, habe wenig gegessen; erbrochen habe sie nicht. Temperatur war regelmäßig (mehrfach gemessen). Das sei allmählich schlimmer geworden;

zwischendurch habe sie Zeiten gehabt, wo sie ruhiger und klarer war. Sie habe einen Arzt geholt, welcher der Patientin, da sie 4 Tage keinen Stuhlgang mehr gehabt hatte, Abführmittel gab. Gestern habe er, da keine Besserung des psychischen Verhaltens eintrat, Patientin nach dem städtischen Krankenhaus überwiesen. Seit 3 Tagen habe Patientin Verfolgungsideen, habe zum Vater gesagt: „Ich soll dich ermorden, mag es aber nicht tun". Suizidideen nicht vorhanden, zahlreiche Halluzinationen, besonders nachts, meist ängstlicher Natur; sie habe immer nach einem Band gegriffen, das nicht vorhanden war, an den Kleidern und Händen genestelt, war immer beschäftigt; verwechselte Personen, sie selbst sei auch verändert, sei eine Frau geworden, sah Spinnen und Maden, habe häufig geschrien. Sie sei so kalt, es müsse jemand kommen, sie anfassen, damit sie warm werde. Wird vom städtischen Krankenhaus, wo sie seit heute vormittag war, gebracht.

Befund: Patientin macht völlig verwirrten Eindruck, ist sehr unruhig, ratlos, macht allerlei eigenartige Bewegungen mit den Händen, nestelt an der Bluse, drückt sie dann auf den Tisch, sagt dabei: „Das stimmt doch nicht, sie kleben ja nicht". Nimmt einen auf dem Tisch liegenden Brief, sagt, daß kein Stempel drauf, drückt mit der Faust drauf, sagt: „So, jetzt will ich ihn abgeben; soll ihn ja abgeben für Herrn Peßler, der Zettel, der die Zettel haben soll". Verbigeriert das einige Zeit. Alter gibt sie richtig an; sie sei augenblicklich bei ihrer Mutter im Waisenhaus. Fängt dann an zu weinen. A. B., ob sie Angst habe, sagt sie: „Ja", beißt auf die Finger. Ein vorgelegtes Bilderbuch beachtet sie kaum, sagt: „Hier, da sind überall Spinnen, Spinnen, das sind alles Buchstaben, Buchstaben mußt ich sagen, Spinnen, Spinnen. Das hast Du gesagt, ich soll gesagt haben, daß Du gesagt hast, ich habe gesagt, ich soll gesagt haben. Die Leute haben gesagt, das sind Spinnen". Lacht, in kurzer Zeit weint sie wieder, nimmt den Stuhl, stellt ihn in die Ecke, weint und lacht in einem fort. Triebhafte Unruhe, greift nach dem Bilderbuch, verbigeriert, echolaliert. A. B., ob sie Stimmen höre (weinend): „Viele Leute reden,

reden allerlei". A. B., was die Leute reden, schweigt sie. Legt einen Nagelsplitter, über den sie vorher genug unverständliche Worte geäußert hat, aufs Papier; lacht, sucht etwas Imaginäres von der Hand zu schütteln. Sagt: „Ich such' es ja gar nicht, wenn ich an die Hand reibe, hat zu keinem Zweck, es kommt ja doch nicht hinein. In der Schule, wenn ich beten will, will ich schöne, hübsche Hände haben, will Hände falten in der Schule". (Siehst Du Gespenster?) „Nee" (weint). Nachdem sie sich die Jacke ausgezogen, kommt sie nicht dazu, sich dieselbe wieder anzuziehen, macht allerlei ungeschickte Bewegungen, hat offenbar apraktische Störungen. Dauernder eigenartiger Beschäftigungstrieb, wie beim Beschäftigungsdelir.

Bilderbuch.

Esel nennt sie nach langem Überlegen: „Auto", dann „Ochs".

(Schmetterling?) „Esel ist das gleich". (Ball?) Das ist ein halber Ball gezeichnet.

(Drache?) ist halber Ziegenbock.

(Drache?) ist halber Ziegenbock.

(Schlüsselbund?) +.

(Federhalter?) +.

(Löscher?) weint, fixiert nicht, sagt dann: „Stempel, Stempler, Stempelkocher".

(Flasche?) +.

Lesen: fixiert nicht, antwortet nicht.

Körperlich: Grazil gebautes Mädchen in dürftigem Ernährungszustand. Gesichtsfarbe hinreichend frisch. Schädel nicht klopfempfindlich. Alle Bewegungen neigen zu einer gewissen Perseveration.

Gang: Vorübergehend kommen choreatische Zuckungen vor. Im übrigen ist die grobe Motilität frei; grobe Kraft nicht zu prüfen.

Reflexe
Sensibilität } o. B.

Größe: 140 cm. Temp. 37,6°.

Körpergewicht: 30 kg.

Urin: Alb. ⊖, Sacch. ⊖, sauer.

Verlauf: 11. VII. Klinische Vorstellung.
(Wie geht es Dir?) —.
Kommt Aufforderungen nach.
(Wie heißt Du?) —.
(Wie alt?) 13 Jahr.
(Wie heißt Du?) Mein Vater heißt Ernst.
(Wie heißt Du?) Meine Mutter heißt Marie.
(Nicht Emmi?) Ich heiße Emmi.
(Woher?) Im Verein, wo meine Mutter ist, Ostholsteiner Verein.
(Wie im Kopf?) Die Deutschen müssen über das Wort nachdenken.
Nestelt am Zeug herum, keine choreatischen Zuckungen.
(Was ist mit dem Feuer?) Es ist so heiß.

12. VII. Es ist eine erhebliche Aufklärung eingetreten, sie liegt völlig ruhig zu Bett; gibt ihren Namen richtig an, glaubt, im städt. Krankenhaus zu sein. Über Tag und Datum ist sie nicht unterrichtet. Sie faßt noch etwas langsam auf, ist schwer besinnlich, gibt völlig geordnete Antworten.

Gegen Abend deliriöse Unruhe, verwirrt, nestelt wieder an einem nicht vorhandenen Band; ist unorientiert, jedoch läßt sie sich überzeugen und beruhigen.

13. VII. Alle psychischen Reaktionen sind im Sinne einer Hypofunktion verlangsamt, sie ist orientiert, gibt sinngemäße Antworten, doch muß sie immer etwas überlegen. Auch die Auffassung ist noch etwas erschwert; Patientin muß oft wie aus einem leichten, traumähnlichen Zustand gerufen werden. Besuch von Eltern und Geschwistern versetzt sie in stärkeren Affekt; dem durchlebten psychotischen Zustand ziemlich verständnislos gegenüberstehend, klammert sie sich, als ob sie aus einem ängstlichen Traum erwacht sei, verängstigt und doch froh bewegt, an Mutter und Schwester. Erst nach längerer Zeit wird sie ruhiger und verständiger.

14. VII. Immer noch starke Verlangsamung aller psychischen Funktionen. Örtlich gut orientiert. (Wochentag?) richtig, (Monat?) richtig, (Tag?) „Mitte, genau weiß ich nicht“. Alle Fragen scheint sie nicht richtig zu verstehen.

(5+7) = 13.

(5×7?) fängt an zu weinen, sagt, könne nicht mehr rechnen, habe alles vergessen. Ziemlich unruhig, blickt in alle Ecken, rückt auf dem Stuhl hin und her; sagt, könne nicht ruhig sitzen, sei schwindelig. Der Gang ist taumelnd. Wie lange sie hier ist, weiß sie nicht; daß sie vorher im städt. Krankenhaus war, weiß sie auch nicht; sie habe nur immer Kopfschmerzen gehabt. Vorgehaltene Gegenstände benennt sie richtig. Einzelne Buchstaben werden richtig gelesen, auch kurze Wörter, jedoch ist sie schwer zu konzentrieren; bei schwierigen Wörtern versagt sie. Ihren Namen schreibt sie richtig, doch bei dem Wort „Berlin" muß sie lange überlegen, sagt, wisse nicht, wie es geschrieben wird; schreibt schließlich nach mehrfachem Ansetzen das Wort richtig. Bricht nachher in heftiges Weinen aus: „Wenn ich doch erst gesund wäre, ich werde ganz dumm, muß wieder zur Schule". Die Unruhe und das Schwanken werden stärker; sie stöhnt und weint, blickt ängstlich, ratlos um sich. Stimmen höre sie nicht, es wolle ihr auch niemand etwas antun, sie sei so unruhig.

Am rechten Mundwinkel Herpes labialis. Zunge nicht belegt. Stuhlgang ist seit vorgestern regelmäßig.

Temp. normal.

16. VII. Patientin ist frei, klar, äußerlich unauffällig; noch etwas still und schüchtern, aber nicht mehr verwirrt und ohne Sinnestäuschungen.

Von der Mutter auf ihren dringenden Wunsch abgeholt, vom Anfall geheilt entlassen.

Diagnose: Akuter halluzinatorischer, deliranter Verwirrtheitszustand. (Toxische Genese? Autointoxikation vom Darm aus?)

Zur Epikrise beider Fälle kann gesagt werden, daß es sich augenscheinlich um erblich nicht belastete Individuen handelt, bei denen aber eine neuropathische Veranlagung offenbar ist.

Der Frau hat ihr früherer Lehrer folgendes Zeugnis ausgestellt: „Sie war in der Schule träge und gleichgültig,

im mündlichen Unterricht zurückhaltend und schweigsam, zeigte ein phlegmatisches Wesen; ihre schriftlichen Arbeiten machte sie unglaublich nachlässig; fehlte häufig, angeblich wegen Krankheit.“ In Verbindung mit dieser Prädisposition haben bei der Frau körperliche Überanstrengung und die vielerlei Sorgen, von denen berichtet wird, den Boden geschaffen für eine psychische Störung, die als Folgeerscheinung der Mandelinfektion bezeichnet werden muß. In den Reden und Handlungen der Kranken äußert sich eine ausgesprochene Inkohärenz und motorische Unruhe. Die Inkohärenz ist jedoch nicht so hochgradig, daß alle Zusammenhänge zwischen den Vorstellungen gelockert wären, denn die Kranke ist noch imstande, in geordneten Sätzen zu reden und einfache Fragen zu beantworten. Modifiziert wird das Krankheitsbild durch einen häufigen Stimmungswechsel von Depression und Angst zu heiterer Erregung; dieser Stimmungsumschlag erfolgt häufig durch wenige Worte bei der Unterhaltung. Ferner zeigt die Kranke Gedächtnisstörungen bei Zeitangaben, während die einzelnen Erinnerungsbilder aus der älteren und jüngeren Vergangenheit meist erhalten sind.

Beim zweiten Fall sind in der Klinik zuerst die Wahrscheinlichkeitsdiagnosen gestellt worden: menstruelle Psychose — Hebephrenie; für letztere Krankheit sprechen gewisse Symptome, wie Arbeitsunlust, Zerfahrenheit usw. Auch das Aussetzen der Menses beobachtet man häufig während der Entwicklung der Hebephrenie. Der weitere Verlauf und der Ausgang der Krankheit haben dann das Bild der Amentia entwickelt, welche parallel mit dem Einsetzen geordneter Darmtätigkeit abgeklungen ist. Die charakteristischen Merkmale der Amentia sind bei der Kranken gegeben durch die traumhafte Verwirrtheit (Besuch der Angehörigen) mit anhaltender Unorientiertheit, durch die Halluzinationen, Gedächtnisstörungen und durch den beständigen Wechsel der Affekte. Die Genese der Krankheit dürfte zu suchen sein in einer Autointoxikation infolge der Obstipation, und die Menstruationsstörung ist dann als Begleiterscheinung der Krankheit aufzufassen. Eine menstruelle Psychose kommt sehr selten vor. Die nur kurze Anstaltsbehandlung ist in

diesem Falle berechtigt, weil die Kranke auf Entlassung drängt. Würde sie trotzdem nicht entlassen werden, dann könnte leicht ein Rückschlag eintreten, während das freiere Leben zu Hause und die andere Umgebung die Heilung beschleunigen dürften. Für die erste Zeit nach der Entlassung kann eine gelegentliche poliklinische Vorstellung angeordnet werden. Bei einer wohlhabenden Person wäre eine Badereise nach der Entlassung zu empfehlen.

Die Prognose ist in beiden Krankheitsfällen als nicht ungünstig zu bezeichnen.

* * *

Zum Schluß erlaube ich mir, Herrn Geheimrat Siemerling für die Unterstützung bei der Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

E. Meyer: Ursachen der Geisteskrankheiten.

Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie, 1915.

E. Kraepelin: Psychiatrie, I. Band, 1909.

Siemerling in Zeitschrift für Psychiatrie, Band 62.

H. König: Zur Klinik des menstruellen Irreseins, Berliner klin. Wochenschrift, 1912, Nr. 35, S. 1645.

Weber: Über Psychosen unter dem Bilde der reinen primären Inkohärenz, Münch. mediz. Wochenschr., 1903, Nr. 33.

Jahresbericht über Neurologie und Psychiatrie, 1912 bis 1916.

Lebenslauf.

Geboren den 24. I. 89 in Hermannsland (Posen) als Sohn des Gutsbesitzers Mathwig, evang. Konfession, besuchte ich das Gymnasium in Rogasen, wo ich Ostern 1911 die Reifeprüfung ablegte. Meine medizinische Ausbildung erhielt ich dann in Halle, Greifswald und Kiel; im Herbst 1913 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. Bei Kriegsausbruch trat ich als Kriegsfreiwilliger ein beim Feldart.-Regt. 20 und rückte nach 2 Monaten als Feldunterarzt ins Feld aus. Ich diente dann bei verschiedenen Formationen auf dem östlichen, südöstlichen, südlichen und westlichen Kriegsschauplatz bis 1. November 1918. Jetzt wurde ich beurlaubt und konnte mein Studium zu Ostern 1919 in Kiel beenden.